

LIJEČNIČKI PREGLED IGRAČA

R. br.	Prezime i ime	Datum rođenja	OIB	Sposobnost Da / Ne	Datum pregleda

\*prekrižiti prazne i nepopunjene retke po završetku pregleda i ovjere

Potvrđujem da su navedeni igrači pregledani u smislu sposobnosti za nogometna natjecanja shodno podacima u tablici, zaključno s rednim brojem \_\_\_\_\_.

OVJERA LIJEČNIKA: